

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

467

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MOUSSATCHI Albert

*Né le 18 Décembre 1908, à Smyrne (Turquie d'Asie)*

---

**PELADE**

**Symptôme de perturbation  
endocrino-sympathique**

---

*Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur*

---

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, RUE CUJAS

PARIS (5°)

---

1935

704

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1935

N° .....

# THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**MOUSSATCHI Albert**

*Né le 18 Décembre 1908, à Smyrne (Turquie d'Asie)*

---

## **PELADE**

**Symptôme de perturbation  
endocrino-sympathique**

---

*Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur*

---

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, RUE CUJAS

PARIS (5°)

---

1935

# I. — PROFESSEURS

*Le Doyen*..... G. ROUSSY

MM.

|                                              |                    |
|----------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                               | ROUVIÈRE.          |
| Physiologie .....                            | LÉON BINET.        |
| Physique médicale.....                       | STROHL.            |
| Chimie médicale.....                         | DESGREZ.           |
| Bactériologie .....                          | ROBERT DEBRÉ.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT.            |
| Pathologie médicale et générale.....         | BAUDOUIN.          |
| Pathologie chirurgicale.....                 | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique.....                   | ROUSSY.            |
| Histologie .....                             | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale.....       | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                          | LOEPER.            |
| Hygiène et médecine préventive.....          | TANON.             |
| Médecine légale.....                         | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.  | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée....     | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie.    | MAURICE VILLARET.  |
| Clinique médicale.....                       | LOEPER             |
|                                              | CARNOT.            |
|                                              | CLERC.             |
|                                              | MARCEL LABBÉ.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance   | LEREBoullet.       |
| Clinique des maladies des enfants.....       | NOBECOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des ma-    |                    |
| ladies de l'encéphale.....                   | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies du système nerveux     | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies infectieuses.....      | GUILLAIN.          |
|                                              | LEMIERRE.          |
| Clinique chirurgicale.....                   | CUNÉO.             |
|                                              | GOSSET.            |
|                                              | GRÉGOIRE.          |
| Clinique ophtalmologique.....                | LENORMANT.         |
| Clinique urologique .....                    | TERRIEN.           |
|                                              | MARION.            |
| Clinique d'accouchements.....                | BRINDEAU.          |
|                                              | COUVELAIRE.        |
|                                              | JEANNIN.           |
| Clinique gynécologique.....                  | PROUST.            |
| Clinique chirurgicale infantile et ortho-    |                    |
| pédie .....                                  | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale.....         | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryncologique.....       | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....     | PIERRE DUVAL.      |
| Clinique propédeutique.....                  | SERGENT.           |
| Clinique de la Tuberculose.....              | BEZANÇON.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-   |                    |
| dulte .....                                  | MATHIEU.           |
| Professeurs sans chaire.....                 | HOVELACQUE.        |
|                                              | MULON.             |
|                                              | OLIVIER.           |
|                                              | VERNE.             |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

|                                |                       |
|--------------------------------|-----------------------|
| Pathologie médicale.....       | BÉNARD HENRI.         |
| Pathologie médicale.....       | BERNARD ETIENNE.      |
| Pathologie médicale.....       | BOULIN.               |
| Histologie.....                | BULLIARD.             |
| Pathologie médicale.....       | CATHALA.              |
| Pathologie médicale.....       | CHEVALLIER.           |
| Physique.....                  | DOGNON.               |
| Urologie.....                  | FEY.                  |
| Parasitologie.....             | GALLIARD.             |
| Bactériologie.....             | DE GAUDART D'ALLAINES |
| Pathologie chirurgicale.....   | GAYET.                |
| Physiologie.....               | GIROUD.               |
| Histologie.....                | HAGUENAU.             |
| Pathologie médicale.....       | HALPHEN.              |
| Oto-rhino-laryngologie.....    | HAZARD.               |
| Pharmacologie.....             | HUGUENIN.             |
| Anatomie pathologique.....     | JOANNON.              |
| Hygiène.....                   | LABBÉ HENRI.          |
| Obstétrique.....               | LACOMME.              |
| Obstétrique.....               | LANTUEJOUL.           |
| Pathologie médicale.....       | LAROCHE Guy.          |
| Pathologie expérimentale.....  | LEMAIRE.              |
| Pathologie chirurgicale.....   | LEVEUF.               |
| Pharmacologie.....             | Mlle J. LEVY.         |
| Neurologie et Psychiatrie..... | LEVY-VALENSI.         |
| Pathologie médicale.....       | MOREAU.               |
| Pathologie chirurgicale.....   | MOULONGUET.           |
| Pathologie médicale.....       | MOUQUIN.              |
| Anatomie pathologique.....     | OBERLING.             |
| Pathologie chirurgicale.....   | PETIT-LUTAILLIS.      |
| Médecine légale.....           | PIÉDELIEVRE.          |
| Obstétrique.....               | PORTES.               |
| Physiologie.....               | RICHET.               |
| Chimie biologique.....         | SANNIE.               |
| Pathologie chirurgicale.....   | SÈNÈQUE.              |
| Pathologie expérimentale.....  | TROISIÈRE.            |
| Pathologie médicale.....       | TURPIN.               |
| Obstétrique.....               | VIGNES.               |
| Pathologie chirurgicale.....   | WILMOTH.              |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

|                              |                |
|------------------------------|----------------|
| Pathologie chirurgicale..... | ALGRAVE.       |
| Pharmacologie.....           | BUSQUET.       |
| Physiologie.....             | CHAILLEY-BERT. |
| Anatomie pathologique.....   | LEROUX.        |
| Parasitologie.....           | NEVEU-LEMAIRE. |
| Physique.....                | ZIMMERN.       |

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

##### A TITRE PERMANENT

| MM.              |                           | MM.         |                            |
|------------------|---------------------------|-------------|----------------------------|
| ABRAMI.          | } Clinique<br>médicale    | BASSET.     | } Clinique<br>chirurgicale |
| ALAJOUANINE.     |                           | BROCQ.      |                            |
| AUBERTIN.        |                           | CADENAT.    |                            |
| CRULÉ.           |                           | GATELLIER.  |                            |
| CHABROL.         |                           | HEITZ-BOYER |                            |
| CHIRAY.          |                           | MOCQUOT.    |                            |
| DONZELOT.        |                           | MOURE.      |                            |
| DUVOIR.          |                           | QUENU.      |                            |
| HARVIER.         |                           | SCHWARTZ.   |                            |
| LIAN.            |                           | VELTER.     |                            |
| PASTEUR-VALLERY- |                           |             |                            |
| RADOT.           |                           |             |                            |
| SEZARY.          |                           |             |                            |
| MM.              | } Clinique obstétricale.. |             |                            |
| ECALLE           |                           |             |                            |
| GUENIOT.         |                           |             |                            |
| LE LORIER.       |                           |             |                            |
| LEVY-SOLAL.      |                           |             |                            |
| METZGER.         |                           |             |                            |

#### V. — CHARGÉS DE COURS

|                          | MM.                    |
|--------------------------|------------------------|
| Education physique.....  | CHAILLEY-BERT, agrégé. |
| Radiologie clinique..... | LEDOUX-LEBARD.         |
| Puériculture .....       | WEIL-HALLÉ.            |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PERE

A MA MERE

Témoignage de ma pronde affection.

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur GOUGEROT

PROFESSEUR DE CLINIQUE

DE MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

DE PROPHYLAXIE SANITAIRE ET MORALE

Qui nous a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de cette  
thèse.

Témoignage de respectueuse recon-  
naissance et de profonde gratitude.

A M. le Docteur E. JUSTER

A qui nous devons des précieuses  
indications et conseils concernant  
notre thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre  
profonde gratitude.

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE

ET DES HOPITAUX DE PARIS

## INTRODUCTION

---

Quoique se présentant comme une dermatose d'aspect extraordinairement homogène et bien caractéristique, l'étiologie et la pathogénie de la pelade ont cependant donné lieu aux discussions les plus vives parmi les dermatologues.

La discussion étiologique fut soulevée au milieu du siècle dernier, lorsque parut la théorie parasitaire. Quelques années plus tard on lui opposa la théorie trophonévrotique et ces deux conceptions divergentes se livrèrent un âpre combat pendant plusieurs décades.

L'intérêt qui s'est porté dans ces dernières années vers les anomalies du système endocrino-sympathique a fait qu'on a examiné la possibilité de considérer l'affection comme le résultat des troubles de ce genre. C'est à MM. Levy-Franckel et Juster que revient le mérite d'avoir, les premiers, nettement posé la question, en 1922, au premier Congrès de Dermatologie et Syphiligraphie. Depuis lors, des recherches ont été entreprises pour préciser le rôle du système endocrino-sympathique dans la pathogénie de la pelade. Sur les résultats fournis par la recherche systématique

des réflexes sympathiques, des réactions pharmacodynamiques, du M. B. s'est édifié une conception nouvelle d'après laquelle les perturbations de ce système jouerait un rôle important dans la physio-pathologie de la pelade.

Nous allons essayer de démontrer dans notre travail que les faits sur lesquels s'appuie la théorie endocrino-sympathique de la pelade, reposent sur des bases solides.

---

## HISTORIQUE

---

L'histoire de la pelade a traversé quatre grandes périodes.

### 1° PÉRIODE NOSOGRAPHIQUE

Il n'est pas douteux que grâce à son aspect clinique bien caractérisé, cette maladie fut connue dès l'antiquité. Nous en trouvons une description particulièrement exacte chez Celse qui distingue deux formes : l'alopecie et l'ophiasis. La description donnée par Celse est si classique que les auteurs des siècles suivants n'ont eu que peu de chose à ajouter.

Johannès Johnston (1648) décrivit la maladie sous des noms empruntés à Celse.

Sauvage (1786) désigna la maladie sous le nom d'alopecia areata et ce nom a été, depuis lors, adopté.

Bateman (1869) décrivit l'affection sous le nom de Prorigo Decalvans, le rapprochant ainsi d'autres prorigos, par exemple de la Prorigo scutulata et de la Prorigo Favosa.

### 2° PÉRIODE PARASITAIRE

Tandis que les auteurs précédents s'en étaient, pour ainsi dire exclusivement, tenus à l'aspect clinique de

la maladie, on vit surgir ensuite une autre question qui allait partager les dermatologues en deux camps adverses.

C'est en 1839 que Schoenlen découvrit le champignon de la teigne favique.

En 1843, Gruby annonça avoir trouvé un champignon qu'il appela *Microsporum Audouini* et qui se distingue de deux autres champignons décrits : *Achorion Schoenleini* et le *Trichophyton*.

Il fut plus tard démontré par Sabouraud que ce M. Audouini est la cause de la microsporie et que l'interprétation étiologique de Gruby avait été sur ce point fautive, du fait qu'il étudia la microsporie au lieu de l'*Alopecia areata*.

En France, l'opinion de Gruby se trouva renforcée par l'adhésion de Bazin à ses idées. Bazin distingua deux sortes de pelades : *ophiasique* et *achromateuse*, qu'il regarda toutes les deux comme étant d'origine parasitaire.

Mais Cazenave prit une position tout à fait différente. Il considéra la maladie comme un vitiligo du cuir chevelu, n'ayant jamais une origine parasitaire, mais se présentant surtout chez des individus lymphatiques.

Mais à l'étranger, le même enthousiasme n'était pas partagé et Thibierge proposa une théorie dualiste. Il distinguait la pelade vraie parasitaire et la pseudo-pelade tropho-névrotique.

Certes, cette manière d'envisager les choses simplifiait beaucoup la question, mais malheureusement,

cette théorie était une explication qui n'expliquait rien du tout.

### 3° PÉRIODE TROPHONÉVROTIQUE

Mais bientôt le doute commence à travailler les esprits. Tous ces prétendus faits catalogués épidémies tombaient devant une critique serrée des cas.

Ces observations cliniques contradictoires devaient avoir pour conséquence naturelle de chercher à résoudre le problème par une voie, savoir l'inoculation expérimentale. Horand fut l'un des premiers à s'engager dans cette voie ; ses inoculations sur des chiens furent négatives. Mais Jacquet fut celui qui, par une longue série d'expériences, ébranla sérieusement l'édifice de la théorie parasitaire.

#### a) *Jusqu'à Max Joseph.*

En 1858, Von Baerensprung inaugura la théorie nerveuse. A l'appui de sa conception il invoquait une anémie locale, une sensibilité diminuée de la plaque, cheveux entravés dans leur croissance par une production insuffisante de cellules destinées à cet effet et par la présence d'essai de rénovation incomplète de poils. Cet auteur croyait pouvoir conclure qu'il s'agissait de troubles trophiques provenant d'une innervation entravée.

A peu près dans le même temps, Hutchinson, en Angleterre, émet une théorie dont les vues correspondaient avec celles de Von Baerensprung.

Schultze observa aussi les maux de tête prodromaux ainsi que d'autres paresthésies sous forme de déman-gaisons, de sensations de chaleur et constata le blan-chiment des cheveux à la suite de violentes émo-tions ce qui indiquait la présence de nerfs trophiques dans le cuir chevelu.

b) *De Max Joseph à Jacquet.*

En 1886, Max Joseph fit ses retentissantes recherches expérimentales sur les chats. Par l'extirpation du gan-glion spinal du deuxième nerf cervical il obtint du 5<sup>e</sup> au 12<sup>e</sup> jour, dans le domaine de ce nerf, une chute de poils ressemblant à celle qui se produit dans la pelade.

Des recherches expérimentales analogues faites dans les années suivantes par Mibelli, Moskalenko et Ter-Gregorianz fortifièrent dans l'ensemble les con-clusions de Joseph.

c) *Théorie de Jacquet.*

C'est en 1900 que Jacquet émit sa théorie physio-pathologique de la pelade.

Pour Jacquet, un phénomène domine tout dans la pelade, c'est le phénomène de la *mue pilaire*. Norma-lement un certain nombre de cheveux meurent sur nous tous les jours et renaissent. Toutes les fois qu'un poil tombe pour repousser, c'est le même phénomène qui se produit, et il est identique après un accouche-ment, une infection et sur une pelade. Pour lui, la pelade est un symptôme, c'est une *mue pilaire en*

*masse sur une surface localisée.* Il dénie toute valeur au cheveu peladique.

Jacquet relève un très grand nombre de troubles accompagnant la pelade :

Hypotonie de la peau.

Insuffisance du développement pileaire normal.

Insuffisance du S. N. périphérique : névralgies, névrites.

Insuffisance du S. N. C. : migraines, épilepsie, chorées anciennes, zona, hématotrophie faciale.

Insuffisance du sympathique : ptoses diverses, hypotonie, troubles vaso-moteurs.

Insuffisance du syst. vasculaire : varices, couperose.

Pour Jacquet, les prédispositions à la pelade montrent en outre un déséquilibre nerveux général, des viciations hématologiques et urinaires, une hérédité plus ou moins chargée.

C'est avec cet ensemble de causes prédisposantes qu'il a constitué sa théorie de *sommations peladogènes*. Quant à la fixation de la plaque peladique sur un point donné, elle résulterait d'un reflexe sympathique ayant pour point de départ une irritation externe. Mais des causes internes peuvent agir de même : constipation, blennoragies, helmintiasés.

Et toujours la pelade serait déclenchée par des reflexes. Parmi toutes ces causes, les lésions de l'appareil gingivo-dentaire attirèrent au plus haut point son attention.

#### 4° PÉRIODE ENDOCRINO-SYMPATHIQUE

En 1913, Sabouraud abandonnant sa conception de l'origine parasitaire de la pelade, insiste sur les rapports des troubles endocriniens coexistant avec la pelade.

Mais ce sont surtout les travaux de Levy-Franckel et Juster qui ont mis au point cette théorie. Ces auteurs distinguent deux sortes de pelades :

a) Pelade endocrinienne.

b) Pelade sympathique (pelade dentaire de Jaquet).

Ces deux auteurs ont fait un examen général des peladiques et ont constaté chez la grande majorité des troubles du système vago-sympathique, des troubles endocriniens, des variations du M. B. En même temps, déduisant de leur conception pathogénique, un traitement opothérapique des peladiques, ils ont vu un grand nombre d'entre eux guérir par ce seul traitement.

C'est au développement de la théorie endocrino-sympathique que nous allons consacrer la suite de notre thèse et exposer les bases solides sur lesquelles elle est assise.

---

## CLINIQUE

De tout temps on a étudié la pelade au point de vue local, négligeant ainsi l'état général du sujet et l'on ne s'étonne pas que les recherches aient été conduites vers l'explication de la formation de la plaque peladique par une cause locale, parasitaire en particulier. Mais les recherches de Levy-Franckel et Juster ont démontré que la plaque alopécique n'est pas tout et qu'il fallait compter sur le terrain du sujet. En effet, M. Sabouraud a bien défini la pelade « une maladie générale » et la clinique est là pour nous montrer le bien-fondé de cette dénomination.

Qu'est-ce que l'observation d'un peladique nous apprend ?

### 1° COEXISTENCE DE LA PELADE AVEC DES MANIFESTATIONS VISCÉRALES DANS LA PATHOGÉNIE DESQUELLES LA PARTICIPATION DU SYSTÈME SYMPATHIQUE JOUE UN RÔLE.

Féré a observé l'alopecie en aires après des attaques d'épilepsie.

Bothe a communiqué un cas de syringomyélie en relation avec la pelade.

L'apparition de la pelade chez des malades atteints d'hémianopsie faciale n'est pas rare, de même sa co-existence avec le zona, l'encéphalite-léthargique est fréquente.

Speder et Fournier ont produit deux observations dans lesquelles la pelade était précédée d'une névrite sciatique droite et une autre de paralysie infantile du membre inférieur gauche.

## 2° RELATIONS DE LA PELADE AVEC CERTAINES AFFECTIONS CUTANÉES CONSIDÉRÉES COMME ÉTANT D'ORIGINE ENDOCRINO-SYMPATHIQUE.

La fréquence de ces relations a frappé l'imagination de plusieurs auteurs. C'est ainsi que plusieurs peladiques présentent du vitiligo, de la sclérodermie, etc...

Un vitiligo peut précéder ou suivre une pelade chez le même individu. Parfois, l'intervalle est si court entre l'apparition de ces deux affections, qu'on est tenté de croire à une genèse commune. Cette dernière hypothèse est également renforcée du fait que ces deux affections se présentent chez le même individu plus souvent qu'on ne s'y attendrait s'il n'y avait pas entre elles une certaine connexité. On considère que la formation du pigment dépend du système endocrino-sympathique et le vitiligo a été considéré comme étant conditionné par des états pathologiques de ces deux systèmes, d'autant plus qu'on trouve au niveau des plaques vitiligineuses des troubles de reflexe sympathiques, de la vaso-motricité, de la sudation. Les

très fréquentes altérations pigmentaires des cheveux peladiques rendent naturel de se représenter pour cette maladie pileuse une étiologie et une pathogénie analogues.

Le vitiligo présente en outre avec la pelade d'étranges parentés :

— Ne s'accompagne d'aucun symptôme fonctionnel.

— Taches blanches qui se multiplient sans ordre, orbiculaires et avec tendance à la symétrie souvent frappante.

— Evolue sur place à la façon des plaques peladiques.

— Comme la pelade, elle peut naître au cuir chevelu, une tache de cheveux d'un blanc d'argent la signale et l'on ne peut pas s'empêcher de rapprocher ces cas de ceux de pelade chronique où la repousse des cheveux est constituée par des cheveux blancs, semblablement dépigmentés.

Ainsi la parenté de ces deux affections paraît hors de doute au clinicien.

L'association de pelade et psoriasis est fréquente comme l'a remarqué M. Sabouraud. Quelques auteurs ont émis l'idée que le thymus jouerait un rôle dans l'apparition du psoriasis, (Gawalowsky a vu apparaître une pigmentation de la peau par irradiation du thymus), et l'on peut avancer que ces deux affections coexistant chez un même patient pourraient être dues à un dysfonctionnement du système endocrino-sympathique. Sans trop s'aventurer sur l'affirmation

d'une telle parenté morbide entre ces deux affections, on ne peut pas s'empêcher d'être troublé par les résultats que Siccoli a obtenu en examinant la formule sanguine chez les peladiques et les psoriasiques. Cet auteur a montré une analogie dans les modifications sanguines entre pelade et psoriasis en dehors de la syphilis. Il a trouvé dans les deux cas une eosinophilie et une lymphocytose, progressive avec l'évolution de ces dermatoses.

Nous ne ferons que citer la coexistence de la pelade avec la sclérodermie, etc...

### 3° ETAT GÉNÉRAL DU PELADIQUE

Presque toujours le peladique est un émotif, il existe toujours chez lui de l'amaigrissement ou de l'embonpoint. Parfois des crises prurigineuses locales précèdent ou suivent l'apparition de l'alopecie.

Le début de cette affection est souvent signalé par des troubles sensitifs, tels que : névralgies, fourmillements, paresthésies diverses, troubles vaso-moteurs que peut seule expliquer une pathogénie nerveuse de même que seule elle permet de comprendre la symétrie fréquente des lésions ainsi que l'hypotonie de la peau et les troubles sécrétoires sébacées et sudoripares.

M. Juster distingue deux types de peladiques :

— Un type « empereur romain » avec joues flasques, molles, adipeuses qui se rapproche de certains eunuchoïdes.

— Un type « momie » avec peau mince, hypotonique, se rapprochant de certains syndromes hypophysaires.

a) *Formule sanguine.*

Comme nous l'avons vu plus haut, Siccoli a trouvé de la lymphocytose et de l'éosinophilie chez ces peladiques. Morelli a aussi observé de la lymphocytose. Or, celle-ci se constate avec une fréquence remarquable dans beaucoup de maladies dues à des troubles des glandes endocrines. Presque tous les myxœdémateux, la majorité des addisoniens, la moitié au moins des basedowiens ont de la lymphocytose. Celle-ci fait également partie des signes attribués à la constitution lymphatique (Thymus ?).

Par analogie, on peut supposer que chez les peladiques la lymphocytose traduit un état défectueux des glandes endocrines.

b) *Examen du liquide céphalo-rachidien.*

La pelade apparaissant comme un syndrome que peuvent déterminer toutes les causes médicales ou chirurgicales capables d'influencer le système endocrino-sympathique, et pouvant être favorisée par l'intervention de facteurs héréditaires (notamment l'hérédo-syphilis), il est logique de chercher à mettre en évidence la participation du système nerveux par l'étude des altérations du L. C. R.

Midana a examiné 18 sujets et a obtenu les résultats suivants :

— La réaction de Pandy s'est montrée légèrement positive seulement dans un cas.

— La réaction de Nonne a été négative dans tous les cas.

— La réaction de Weichbrodt s'est montré dans 7 cas fortement +, légèrement + dans 3 cas, négative dans 8 cas.

— Réaction de Boltz :

8 fois —

8 fois + légèrement.

2 fois + fortement.

— L'albumine a montré une valeur supérieure à la normale dans la majorité des cas variant de 0,30 à 0,48 (dans 12 cas).

— Cellules : dans 3 cas plus de deux éléments.

— B-W, Meinike toujours négatifs (les sujets étant choisis parmi les non syphilitiques).

La fréquence de la positivité de la réaction de Weichbrodt mérite une attention particulière, car on admet que cette réaction décèle la présence dans le L. C. R. de globulines d'origine parenchymateuse. Les recherches effectuées par Midana semblent bien avoir démontré que, dans certains cas de pelade, il existe une altération, de type organique, du système nerveux central. Il est difficile d'indiquer quelles sont la nature et le siège de ces lésions, mais elles sont du type de celles que l'on observe dans les lésions inflammatoires du S. N. central. Dans ces cas où ces altérations faisaient défaut, Midana pense qu'il s'agissait de troubles fonctionnels du système nerveux.

#### 4° FRÉQUENCE DES TROUBLES ENDOCRINO-SYPATHIQUES

Sont fréquents et nous les étudierons en détail plus loin :

##### a) *Troubles endocriniens.*

Corps thyroïde : soit hyperthyroïdie, soit hypothyroïdie.

Ovaires : règles modifiées, obésité.

Frigidité chez l'homme précédant la plaque.

Troubles hypophysaires.

Troubles surrénaliens.

##### b) *Troubles sympathiques.*

Sont d'une constance presque absolue et consistent en modifications de la vaso-motricité, des reflexes oculo-cardiaque, pilo-moteur, naso-facial, de la tonicité cutanée.

Ces modifications sont d'ailleurs en tout semblables à celles qui existent dans les lésions nerveuses. Tous ces signes sont sous la dépendance du grand sympathique, et c'est par son intermédiaire qu'agissent les troubles des glandes endocrines.

#### 5° EXAMEN LOCAL DE LA PLAQUE PELADIQUE

Nous ne dirons qu'un mot de la pelade ophiasique qui commence par l'occiput, se prolonge au-dessus des oreilles pour se rejoindre au-devant du front. Son plus singulier caractère, c'est sa tendance à la symétrie.

Elle peut présenter un processus d'évolution bien bizarre : 2 plaques vont naître sur la région occipitale, puis 4 points glabres symétriques qui se fusionneront. Ce processus est d'une symétrie si évidente que l'hypothèse d'une infection parasitaire paraît impossible à soutenir dans des cas semblables et que l'intervention du système endocrino-sympathique dans leur pathogénie s'impose facilement à notre esprit.

Qu'est-ce qu'on observe au niveau de la plaque peladique ? Étudions séparément la peau et ses annexes.

a) *Peau peladique.*

On trouve :

Une atrophie de l'épiderme.

Cédème des téguments.

Hypotonie avec laxité extrême de la peau.

Signes que seule peut expliquer une pathogénie nerveuse.

Juster a remarqué que si l'on fait baisser la tête d'un peladique pendant quelques minutes, l'on voit souvent la plaque se couvrir d'une teinte rose foncée qui n'existe pas sur la région saine avoisinante qui reste blanche. Ces faits montrent le rôle des phénomènes vaso-moteurs dans la symptomatologie et la thérapeutique de la pelade.

Dans 10 % des cas, d'après Genner, on trouve au niveau de la plaque peladique des paresthésies. L'absence des troubles de la sensibilité au toucher, aux piquûres, au froid et au chaud témoigne que la maladie ne doit pas être liée au système nerveux somatique.

Quelle est donc l'origine de ces paresthésies ? Jacquet admet qu'elle est due aux troubles des fibres sensitivo-sympathiques, mais ni Langley, ni Schiff n'admettent qu'il existe des fibres motrices sympathiques. Les sensations en question peuvent s'expliquer en partant des troubles vaso-moteurs intéressant les capillaires, lesquels sont conditionnés par le système sympathique.

b) *Troubles des annexes :*

*Poils peladiques :*

Cassés à quelques millimètres de la peau.  
Bout effrité, boursoufflé, donnant au poil une  
forme en point d'exclamation.  
Se décolorant à partir de la base.

Tout dans les altérations du poil peladique est pour faire nier la présence immédiate d'un microbe. Toutes ces lésions sont des lésions d'atrophie et cela n'étonne pas, car on connaît actuellement les rapports de la fonction pileuse avec le système sympathique et les glandes endocrines.

Il a été admis que la section d'un nerf détermine la chute des poils (Vulpran, Claude et S. Chauvet). Déjerinne dit que dans les névrites le système pileux peut être hypertrophié ou disparaître. M. Villaret a aussi montré que dans la section des nerfs périphériques « l'hypotricose peut varier de l'épilation légère à la chute complète des poils ».

Le rôle du système endocrinien dans le développement de la fonction pileuse est également manifeste.

La relation qui existe entre l'évolution pileuse et l'évolution sexuelle est incontestable. Il est démontré que les lésions des glandes endocrines peuvent s'accompagner d'alopécies. Le fait est surtout évident dans le syndrome pluri-glandulaires de Claude et Gougerot dans lesquels peuvent être rangés les dystrophies génito-glandulaires de Da Castro, l'infantilisme réversif de Gandy, la Gérodermie, etc. Dans certaines formes cliniques de ces affections, le système pileux est toujours très touché (chute des cheveux, de la barbe, des sourcils, des poils du corps).

Mais il y a dans la pelade autre chose que la sidération papillaire, ce sont les modifications de la *pigmentation*, phénomène très important. On voit parfois une repousse de cheveux blancs d'argent sur la plaque péladique. Si la pelade survient au milieu d'une chevelure grisonnante, il est très remarquable de voir la plaque n'avoir perdu que ses seuls cheveux noirs, alors que ses cheveux blancs sont au moins partiellement conservés ; ils finissent souvent par tomber, mais tardivement. Le fait est parmi ceux qui prouvent le mieux que la chute des cheveux est précédée par le trouble de la fonction pigmentaire, lequel semble le premier en date de tous ceux qu'on peut observer dans la pelade.

Les troubles pigmentaires sont contemporains de la première phase de dépilation et peut-être la précèdent-ils. A la période d'état, il faut signaler l'achro-

mie de la couche malpighienne qui ne manque jamais et témoigne d'une fonction à peu près supprimée dans toute l'étendue de la plaque chauve.

Lévy-Franckel et Juster ont prouvé que le système neuro-végétatif intervient dans la répartition du pigment cutané (zones achromiques de la névrite lépreuse, de l'hémiatrophie faciale). Cette action du système sympathique est prouvée dans le syndrome de Cl. Bernard-Horner qui s'accompagne très souvent d'hétérochromie de l'iris de l'œil enophtalmique. De même la fréquence des troubles thyroïdiens coexistant avec le vitiligo et présence des troubles des réflexes sympathiques au niveau de la plaque vitiligineuse.

### *Troubles unguéaux.*

Une autre lésion qui accompagne la pelade est celle des ongles surtout dans les cas graves :

Ongles cassants, fissurés, crânelés, à facettes ;

Striés transversales et longitudinales.

Cette altération témoigne en faveur d'une dystrophie. L'absence d'indice d'une affection nerveuse, l'amélioration souvent assez rapide ou le processus intermittent témoignent dans le sens d'un trouble fonctionnel et l'absence de troubles sensitifs dans le sens d'une affection des nerfs végétatifs.

(Ex. sympathectomie péri-artérielle produit une amélioration des altérations unguéales, du moins dans quelques cas).

L'un des plus intéressants symptômes est l'entrave de croissance des ongles et qui appuie la théorie de dysfonction trophique.

D'autre part l'influence du système nerveux sur le développement des ongles est classique. Dans les névrites traumatiques, on observe des rayures, des cassures, des taches (Dejerine). La guerre nous a permis d'observer des troubles unguéaux à la suite des blessures du système endoerino-sympathique.

L'embryologie nous permet d'ailleurs de rapprocher les ongles des poils, aussi il est compréhensible que ce soit le même système qui règle le développement des deux phanères.

#### 6° HISTOLOGIE DE LA PLAQUE PELADIQUE ET DU POIL

Les biopsies des pelades nous ont appris que :

— L'atrophie des follicules pilaires est progressive et qu'elle ne devient totale que sur un certain nombre de follicules après d'innombrables essais de rénovation pilaire.

— Que ces essais s'accompagnent d'un bourgeonnement épithélial irrégulier de l'épiderme des follicules où se font des essais de cheveux nouveaux qui avorteront.

— A la longue l'épiderme des surfaces peladiques s'atrophie et surtout ses fonctions pigmentaires s'atténuent jusqu'à disparaître.

L'histologie nous montre :

1° Des troubles internes et manifestes de la fonction pigmentaire au niveau de la papille pileaire et de l'épiderme ;

2° Des troubles cellulaires :

Apparition autour des follicules d'un nuage de lymphocytes, diminuant dans les plaques anciennes, avec des mastzellen en grand nombre.

3° Des troubles tissulaires :

Epiderme aminci.

tissu conjonctif sclérosé.

Ces troubles n'indiquent aucune élection spéciale d'un agent morbide sur le follicule pileaire. Au contraire, ils font exclure cette hypothèse.

On se trouve amené à conclure que la chute des cheveux dans la pelade n'est pas conditionnée par des altérations anatomo-pathologiques, mais plutôt due à des troubles fonctionnels et d'après ce que nous avons vu, c'est le système endocrino-sympathique qui doit être mis en cause.

Les travaux de Levy-Franckel et Juster ont montré l'existence de deux variétés de pelade :

L'une vasculo-sympathique à M. B. normal.

L'autre consécutive à une atteinte du système endocrinien et à M. B. anormal.

Nous étudierons dans les chapitres suivants ces deux formes de pelade.

---

## PELADE D'ORIGINE ENDOCRINIENNE

---

Levy-Franckel et Juster ont montré que le rôle du système endocrinien dans la pathogénie de la pelade est manifeste. La chirurgie moderne nous donne une preuve, en quelque sorte expérimentale, de l'influence des glandes vasculo-sanguines sur la fonction pileuse : Sabouraud a vu la castration suivie de pelade.

Certaines affections qui sont causées par des états pathologiques des glandes endocrines s'accompagnent d'altérations évidentes de la peau : Myxœdème, maladie d'Addison, etc.

Une preuve de l'importance de la sécrétion interne pour le système pileux nous est fournie par la différenciation de croissance pileuse que nous constatons chez les deux sexes au moment de la puberté. On trouve, en outre, des anomalies sous forme d'Hyper ou d'Hypotrichose qui sont conditionnées par des altérations des glandes endocrines :

Hirsutisme chez l'homme et chez la femme.

Hypertrichiose de la lèvre supérieure des femmes à la ménopause.

Il existe aussi des liaisons entre certaines anomalies pigmentaires et les glandes endocrines. On a démontré

chez certains animaux à sang froid (axolotl) que l'ingestion d'extrait glandulaire provoque des altérations pigmentaires.

Ainsi on n'arrive obligatoirement à invoquer l'action des glandes endocrines dans la pathogénie de la pelade, trouble cutané. Levy-Franckel et Juster ont montré la véracité de cette conception en cherchant chez les peladiques les troubles endocriniens et en constatant leur fréquence.

Passons en revue les différentes glandes qui sont troublées dans leur fonctionnement chez de tels malades.

#### PELADE ET THYROÏDE

La thyroïde joue un rôle primordial sur le développement du revêtement cutané. La thyroïde, soit par l'action prééminente qu'elle exerce sur l'activité organique, soit par son action spécifique, morphologique et trophique qu'elle exerce sur la peau et en particulier ses annexes, doit avoir en dermatologie l'importante position physio-pathologique qu'elle a en physiologie et dans la pathologie de l'organisme en entier. Ses hormones excitent les échanges cutanés, par conséquent, augmentent l'activité fonctionnelle de la peau. Par la voie sympathique ses hormones dilatent les vaisseaux périphériques, améliorant la nutrition de la peau, excitant la croissance des poils, des ongles. Il est donc naturel que les perturbations des fonctions thyroïdiennes aient un rôle dans la pathogénie de la pelade.

### 1° *Hyperthyroïdisme.*

Sabouraud soutient que la pelade fait partie de la maladie de Basedow au même titre que ses trois symptômes cardinaux. Basedow lui-même a décrit la pelade comme symptôme de l'hyperthyroïdie.

Le Basedow produit une alopecie en aires soit une alopecie diffuse. Pourquoi ces troubles endocriniens donnent-ils, dans quelques cas, une alopecie en aires et dans d'autres une alopecie diffuse ? C'est là une question qu'il faut laisser provisoirement sans réponse. Cependant cette différence n'exclut pas une genèse commune et l'on peut supposer qu'elle tient à un mécanisme différent ou peut-être à une collaboration différente du système endocrinien et du système sympathique.

Les observations où les signes manifestes d'hyperthyroïdie accompagnent la pelade ont été citées par plusieurs auteurs, entre autre, Sabouraud, Levy-Franckel et Juster. Ces auteurs ont remarqué un parallélisme frappant entre l'évolution de ces deux affections : repousse des poils avec amendements des troubles thyroïdiens chez les peladiques en voie de guérison ou réciproquement.

Mais, à côté de ces cas bien nets, il y en a d'autres où la fonction thyroïdienne plus ou moins déséquilibrée passe le plus souvent inaperçue du malade et du médecin. Ce déséquilibre se traduit par un état d'anxiété, de troubles vaso-moteurs.

Chez les Basedowiens un des symptômes psychiques

le plus marquant est l'anxiété pouvant aller jusqu'à l'angoisse. Cette tension nerveuse se poursuit pendant la nuit et empêche le malade de dormir. Tout cela est bien connu et on ne s'étonne pas de le retrouver chez les Basedowiens. Mais chez un grand nombre de peladiques, qui ne présentent pas les signes de Basedow, on peut rencontrer la même série de symptômes. La pelade, par sa visibilité, est en soi très déprimante, mais, quoique la pelade puisse provoquer le découragement, elle est incapable de les provoquer tous.

Genner a remarqué que les peladiques étaient très souvent (55 %) des nerveux, en d'autres termes d'individus prédisposés. Il s'agissait souvent d'un état existant depuis l'enfance, mais qui s'était aggravé dans la période immédiatement antérieure à la maladie (donc l'élément esthétique n'y est pour rien).

Dans les cas où la clinique ne peut nous renseigner sur la dysfonction thyroïdienne, certains examens, tels que épreuve du traitement, l'interférométrie, la recherche du M. B., surtout, nous indiquent une altération dans le fonctionnement de cette glande.

### 3° *Hypothyroïdie.*

On connaît les troubles de la peau et de ses annexes liés au myxœdème. Dans l'hypothyroïdie la nutrition est ralentie ; la peau sèche et clairsemée ; les ongles friables, déformés, bombés.

De nombreuses observations nous montrent la coexistence de pelade avec des troubles hypothy-

roïdiens. Sabouraux a remarqué des enfants de Basedowiens, qui paraissaient atteint d'insuffisance thyroïdienne, présentant de la pelade. La recherche du M. B., dans des cas où la clinique est muette, met en relief cette hypothyroïdie.

### 3° *Métabolisme basal.*

Le M. B. peut constituer un coefficient utile pour l'étude de la pelade en tant qu'il rend compte du dysfonctionnement endocrinien. Son étude ne conduit pas à chercher un rapport entre les chiffres trouvés et la pelade, mais seulement à dire qu'il y a perturbation du système endocrinien.

Levy-Franckel et Juster, dans une série de vingt-cinq peladiques qui n'avaient pas été soumis à un traitement thyroïdien, ont obtenu les résultats suivants :

18 malades avec un M. B. augmenté.

5 malades avec un M. B. diminué.

2 malades avec un M. B. normal.

Donc anormal dans vingt-trois cas sur vingt-cinq (les malades dont la pelade pouvait être rattachée à un trouble sympathique avait le M. B. Normal).

Levy-Franckel, Juster et Van Bogaert ont recherché :

1° Le M. B. chez les peladiques avant tout traitement thyroïdien. Sur neuf malades, huit avaient un M. B. augmenté ;

2° Après traitement autre que l'extrait thyroïdien.  
Quatre cas dont deux avec M. B. augmenté ;

3° Après administration de corps thyroïde ou irradiation de la thyroïde. Sur sept cas, trois avaient un M. B. augmenté.

Serazy, Horowitz et G. Levy ont trouvé chez cinquante et un malades :

23 avec M. B. normal.

2 avec M. B. diminué.

26 avec M. B. augmenté.

sans coïncidence pour la plupart des cas avec des signes nets de Basedow.

Sabouraud trouve seulement le M. B. anormal dans 1/3 cas qu'il divise en deux moitiés, l'une varie en excès, l'autre par manque, soit que la variété de la pelade entre en jeu.

Sainz de Aja a trouvé le M. B. anormal dans 50 % des cas, mais les modifications étaient plus souvent en moins qu'en plus.

Mais la thyroïde n'est pas la seule glande qui influence le M. B. L'hypophyse et les glandes génitales peuvent les modifier. Aussi il devient difficile dans les cas où les symptômes endocriniens relèvent de l'atteinte de plusieurs glandes d'interpréter les résultats fournis par le M. B. lorsque ceux-ci donnent des chiffres voisins de la normale.

Ainsi nous voyons qu'il est impossible d'affirmer chez un peladique l'absence des signes de la série

endocrinienne sans avoir fait la recherche des tests pharmaco-dynamiques.

En résumé, l'étude du M. B. chez les peladiques apporte un fait nouveau qui permet de reconnaître que ces malades ont un système endocrinien perturbé. Ces résultats s'ajoutant à ceux qu'a obtenus Morelli étudiant la formule sanguine des peladiques, confirment les données cliniques que Levy-Franckel et Juster ont exposées dans leurs travaux.

Nous avons vu la part que les perturbations des glandes endocrines ont dans la pathogénie de la pelade. L'idéal serait de reproduire la lésion peladique par l'expérimentation.

Bourguignon dans ses expériences a observé, chez le chien, après la ligature temporaire des pédicules vasculo-nerveux du corps thyroïde, les phénomènes suivants : un animal a été conservé jusqu'à sa mort spontanée (342<sup>e</sup> jour), brusquement survenue dans une crise d'épilepsie qui dura deux heures. L'animal était alors cachectique ayant perdu presque tous ses poils. Enfin, chez cinq autres animaux, il a observé, à partir du quinzième au quarantième jour, un léger épaissement de la peau par places, avec poils ternes et tombant facilement.

Les expériences de Sainton et ses élèves sont intéressantes à ce sujet. Il a montré que l'administration d'extraits thyroïdiens aux gallinacées amène la chute et le blanchiment des plumes et que cette action est spécifique. Il prouve la similitude d'action des extraits animaux et des extraits humains pathologiques et

normaux, la teneur en iode de l'extrait ne paraissant jouer aucun rôle. Sainton a exalté les effets de l'hypertyroïdisation par addition d'extrait surrénal ou adrénaline et son inhibition par association d'hématoéthyroïdine. Les lésions de dépigmentation une fois acquises, sont définitives et héréditaires, alors que la chute des phanères est réparable. En expérimentant chez un lapin, Sainton a obtenu une plaque alopécique au septième mois. Ce qu'il y a de plus intéressant, c'est que les faits cliniques et expérimentaux se juxtaposent.

Un autre fait qui peut servir de fait expérimental est l'alopecie produite par le Thallium. C'est Combemale qui, à la fin du xix<sup>e</sup> siècle signale une chute de cheveux consécutive à l'emploi de l'acétate de Thallium. D'autres auteurs publièrent des cas analogues. Ces observations amenèrent Bushke à entreprendre des expérimentations animales. Il provoqua la chute des poils chez des souris blanches en leur faisant absorber des faibles doses d'acétate de Thallium.

Pohlman en administrant du Thallium à des rates gravides, provoqua une alopecie congénitale chez les jeunes. Spitzer remarqua dans le même cas un retard de deux à trois semaines dans l'apparition normale des poils chez les petits et signala l'analogie entre l'alopecie congénitale par le Thallium et l'atrichose congénitale. Il montra, en outre, que la croissance des petits était nettement entravée. Il fit observer qu'il est naturel de se représenter l'action toxique du Thallium par l'entremise des glandes endocrines.

On peut mettre les expériences sur l'action du Thallium en parallèle avec celles d'Endo. Celui-ci pouvait provoquer l'alopécie chez des lapins, par injection sous-cutanée d'adrénaline.

#### PELADE ET TROUBLES GÉNITAUX

Quelles sont les influences profondes qui agissent sur la fonction pileaire ?

Le rapport de la fonction pileaire avec la fonction génitale est connue. Chez les mammifères comme chez les oiseaux, le plumage est différent dans chaque sexe. Certains oiseaux prennent un plumage spécial à l'époque des amours, au seul moment de l'année où existe une sécrétion sexuelle. Dans l'espèce humaine le développement, la localisation du poil sont des attributs spécifiques sexuels. Un trouble quelconque de la fonction ovarienne peut avoir comme répercussion un trouble important dans la formation du poil et la sédération locale de la papille pileaire. C'est ainsi qu'on peut dire qu'il y a une pelade de la ménopause, de la grossesse, comme il y a une pelade de toute période critique de la génalité. L'hyperthrichose de la lèvre supérieure chez les ménopausiques, les troubles de la pigmentation dans la grossesse sont assez connus pour qu'on n'y insiste pas.

Nous verrons que la pelade survient dans les différentes périodes critiques de l'évolution sexuelle de la femme et toutes les fois que les glandes génitales sont perturbées dans leur fonctionnement.

1° *Ménopause.*

Sabouraud, par des statistiques, a montré la fréquence relative à cet âge, de la pelade. Ceci dénonce l'importance que peuvent avoir les perturbations de la fonction ovarienne dans la genèse de la pelade.

2° *Pendant la grossesse.*

Le plus souvent, il s'agit de pelades antérieures à la grossesse et que celle-ci améliore.

3° *Après ovariectomie.*

Sabouraud a observé des cas où l'ovariectomie était suivie de pelade.

Les troubles ovariens sont, pour ainsi dire, constants. Parmi trois cent quatorze cas, Sabouraud en a trouvé cinquante qui coïncidaient avec des troubles très importants de l'appareil génital.

Mais un fait remarquable, c'est l'association fréquente des troubles thyroïdiens et ovariens. La clinique nous apprend que l'ovaire est en interrelation avec la thyroïde et il ne faut pas s'étonner de la coexistence des troubles thyroïdiens et ovariens dans la pelade.

Chez l'homme, on trouve, mais beaucoup plus rarement des troubles de la fonction testiculaire. On a vu la frigidité précéder pendant quelques temps l'apparition de la plaque peladique. Chez l'homme, à moins de désordres considérables, l'insuffisance fonctionnelle du testicule peut exister sans symptômes

apparents extérieurs, sans que rien vienne attirer l'attention du clinicien.

#### PELADE ET AUTRES TROUBLES GLANDULAIRES

On connaît les rapports des autres glandes avec la peau et ses annexes.

L'ablation de l'hypophyse détermine une peau fine, des poils fins et secs avec diminution du pigment de la peau. L'exagération de son fonctionnement donne un accroissement du poil et de sa pigmentation.

Le thymus a sous sa dépendance la fonction kératinique de la peau et contribue à la fonction pigmentaire de la même façon que l'hypophyse.

Les surrénales ont sous leur dépendance la trichogénèse et régularisent la pigmentation cutanée.

Il est naturel de chercher les troubles de ces glandes dans la pelade. Les observations ne sont pas nombreuses à leur sujet.

Caussade a cité l'observation d'un sujet atteint d'acanthosis nigricans et présentant une alopecie des sourcils et des membres inférieurs.

L'intervention de l'hypophyse paraît aussi rare et ce n'est que sur trois sujets qu'on a pu constater des signes d'acromégalie.

Au cours de détermination interférométriques effectuées chez des malades atteints de pelade, Spillmann a eu l'idée de vérifier l'action des extraits thymiques chez des sujets en état d'hypothyrie. Sur sept observations, il a obtenu deux guérisons com-

plètes, une hypothyrmie diminuée avec hyperthyroïdie complètement corrigée, deux autres guérisons avec extrait thymique + Jaborandi. Spillman émet l'hypothèse d'un phénomène de corrélation glandulaire. On a signalé une augmentation du thymus à la suite d'une thyroïdectomie. Dustin et Zunz ont montré que, chez les sujets de 20 à 30 ans, le thymus est petit si la thyroïde est grande et inversement.

La glycémie a été étudiée chez les peladiques. Maninno, de la Portella l'ont trouvé normale, mais d'autres auteurs ont observé, à la suite d'une émotion, une pelade décalvante en même temps que s'établissait un diabète léger amendé facilement par le régime.

Nous venons de voir que plusieurs glandes peuvent être mises en cause dans la pathogénie de la pelade et surtout la thyroïde et les ovaires. Mais quoique chaque glande puisse agir séparément, plusieurs d'entre elles peuvent intervenir pour coopérer à la formation de la pelade. Celle-ci peut donc être rangée dans les syndrômes pluri-glandulaires de Claude et Gougerot. Mais tous les cas de pelade ne rentrent pas dans ce cadre. Sezary a démontré que certains symptômes peuvent indistinctement traduire le trouble de diverses glandes et non exclusivement l'une d'entre elles. Il ne faut pas méconnaître les synergies endocriniennes, mais elles ne suffisent pas en clinique pour constituer un syndrome pluri-glandulaire. Ainsi la mélanodermie peut être provoquée par un trouble du fonctionnement des glandes surrénales, de la thyroïde, de la glande hépatique, etc. ; il en est de même pour le

virulisme. Ceci nous eprmet de ranger la pelade parmi les « syndrômes endocriniens communs ».

Plusieurs cas d'association de pelade avec hypertrichose ont été observés par Louste, Levy-Franckel et Juster. Plusieurs types cliniques peuvent se présenter :

1° Pelade avec hypertrichose de la face et des membres chez la jeune fille.

2° Pelade chez des femmes ayant depuis plusieurs années de l'hypertrichose de la lèvre supérieure.

3° Pelade chez les hommes présentant de l'hypertrichose du corps.

Tous ces sujets présentaient des troubles évidents de leur système endocrinien. Cette dystrophie pileaire peut même s'observer héréditairement : mère peladique, enfant pelu.

Ces faits démontrent l'importance du terrain endocrinien dans la pathogénie de la pelade. Mais ce serait une erreur de déduire qu'il existe une pelade purement endocrinienne. De même qu'il n'y a pas de maladies, mais des malades, de même il n'y a pas d'endocrinopathie à localisation cutanée élective, il y a des dysendocriniens qui réagissent avec leur hérédité, leur tempérament, leur milieu humoral, soit dans le sens hyper, soit dans le sens hypotrichose.

---

## PELADE VASCULO-SYMPATHIQUE

---

Les exemples démonstratifs des relations du système sympathique avec la peau, nous les avons dans les blessures du sympathique par les traumatismes, dans les expériences de Max Joseph et Mibelli. Le fonctionnement de la peau et de ses annexes est tout à fait sous sa dépendance. Non seulement le sympathique règle la circulation dermique, la sécrétion sudorale et l'excrétion sébacée, mais encore il préside, selon toute vraisemblance, à l'élaboration de l'épiderme et des phanères, ainsi qu'à la formation et à la répartition du pigment. Ainsi les physiologistes ont observé une croissance exagérée des poils de l'oreille du lapin après section du sympathique cervical. On a observé du vitiligo par lésions du S. N. central, des lésions périphériques du sympathique avec pigmentation régionale. La photobiologie nous fournit une preuve expérimentale de la liaison entre la pigmentation chez l'homme et le système sympathique. Dans l'application des rayons lumineux, il se produit, avant la pigmentation, un abaissement du tonus sympathique, état qui a de grandes ressemblances avec l'insuffisance surrénale.

Grand régulateur des fonctions normales de la peau, le sympathique doit certainement jouer en pathologie cutanée un rôle de première importance.

Levy-Franckel et Juster furent frappés par deux ordres de faits :

1° Coexistence de cas de pelades avec des manifestations viscérales ou cutanées dans lesquelles l'intervention du sympathique était admise (Basedow, Zona) ou paraissait vraisemblable (vitiligo, sclérodermie).

2° Apparition d'une alopecie en aires consécutive à un trauma, accompagnée de phénomènes endocrino-sympathiques.

#### PELADE ET TRAUMATISME

La pelade peut survenir :

— soit après un traumatisme chirurgical :

Obs. de Bendy :

Fillette opérée à l'âge de 10 ans sur le côté gauche du cou. Peu de temps après, plaque à l'occiput.

— soit après un traumatisme accidentel.

Dans ce dernier cas, il s'agit presque exclusivement de traumas craniens, s'accompagnant parfois de commotion cérébrale. Les altérations du cerveau, aiguës ou secondaires, peuvent avoir une importance pour le développement de la pelade, mais le plus souvent on ne trouve, au microscope, aucune altération anatomo-pathologique dans la commotion cérébrale ; elle serait

alors produite par une paralysie réflexe des vaisseaux cérébraux (choc), mais dans ce cas la pelade devrait disparaître avec le réflexe, ce qui n'est pas le cas. On est ainsi tenté de croire que ce sont des altérations purement fonctionnelles qui jouent un rôle dans l'apparition de la pelade, et cela à la suite d'une prédisposition, par exemple un état d'irritation nerveuse anormal que Jacquet a mis en relief.

La pelade, dans ce cas, offre l'aspect d'une lésion trophique déclenchée par une voie réflexe. Goldman a soutenu que ce trouble trophique est dû à des perturbations vaso-motrices et l'intermédiaire étant le système sympathique. A la suite de traumatismes du crâne, il a vu se produire, outre des troubles nerveux, des altérations pigmentaires ainsi que des chutes de cheveux. Mais, même en supposant un trouble exclusivement nerveux, on ne pourra manquer d'admettre que les altérations sont liées au système sympathique par les lésions de ses fibres qui desservent le cuir chevelu.

Levy-Franckel et A.-C. Guillaume ont observé une pelade avec spasme artériolique et polyurie consécutifs à un traumatisme. Cette observation est intéressante parce que :

— Elle montre l'existence, dans certaines pelades, de troubles du système circulatoire. Ces troubles sont plus marqués au niveau de la plaque et se révèlent par l'examen capillaroscopique. Ce spasme s'accompagne de phénomènes dans lesquels la participation du sympathique ne peut être mise en doute.

— Les phénomènes constatés démontrent les lésions

du sympathique au niveau de la blessure. Les débuts du tremblement fibrillaire et de la douleur provoqués par l'adrénaline se font en ce point.

La pelade ne survient pas seulement après les traumatismes du crâne, mais elle suit aussi les traumas des membres.

Alors que l'incubation ne dépasse pas 2 mois dans les pelades consécutives aux traumas du crâne, la période de latence est longue chez les sujets porteurs d'alopecies en aires consécutives aux traumas des membres.

Tous se passe comme s'il s'agissait d'une névrite ascendante, à évolution lente, parvenant aux ganglions ou aux centres sympathiques de la moelle ; ceux-ci retentissent sur le système sympathique innervant le réseau capillaire et ce n'est que quand cet arc réflexe est révolu que l'alopecie fait son apparition.

Ce fait, publié récemment par Gougerot, Blum et Zha est fort démonstratif :

Homme blessé à la partie moyenne du bras droit, en 1918, par un éclat d'obus. En 1930, syndrome de Raynaud unilatéral au 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> doigts droits.

B.W. négatif.

Traitement d'épreuve sans résultats.

Le mécanisme qui produit le syndrome de Raynaud, degré extrême de l'angiospasme est à rapprocher de celui que nous invoquons dans la physio-pathologie des alopecies post-traumatiques.

Ces cas furent le point de départ de recherches nou-

velles par Levy-Franckel et Juster sur l'état de la réflexivité sympathique chez les peladiques.

### 1° *Vaso-motricité.*

Existence d'une raie vaso-motrice, prenant souvent l'aspect urticarien. S'améliore à mesure que l'alopécie tend à disparaître. De plus, ces malades ont une fragilité spéciale des téguments ; ils se coupent facilement et saignent longtemps ; le temps de saignement est augmenté.

### 2° *Sudation.*

La transpiration locale, régie par le sympathique, est perturbée. Elle peut être modifiée en plus ou en moins, mais revient en général, à la normale, à mesure que la pelade s'améliore.

### 3° *Réflexe oculo-cardiaque.*

Toujours anormal. Presque toujours positif. Rarement inversé, les malades réagissent alors comme des hypersympatricotoniques, ce qui les rapproche des basedowiens qui peuvent agir comme des hypervagotoniques ou des hypersympatricotoniques.

### 4° *Réflexe pilo-moteur.*

Est uniquement sous la dépendance du sympathique.

Existe sur le corps, mais disparaît ou est peu marqué au niveau des plaques peladiques.

Dans les pelades unilatérales, il y a une différence nette entre le côté malade et le côté sain.

5° *Reflexe naso-facial.*

Dans les pelades unilatérales, il existe une différence nette entre le côté malade et sain.

6° *Troubles cutanés.*

Au niveau de la plaque : hypotonicité, œdème gras sous-dermique.

7° *Capillaroscopie* permet de constater :

L'existence d'un spasme artériolique généralisé.

Disparition du nombre de capillaires au niveau de la plaque.

Sur les zones en voie de repousse, existence de rares anses capillaires.

Vaso-construction fréquente et ralentissement de la circulation au niveau des extrémités des doigts.

Ces phénomènes existent également chez les sujets atteints de vitiligo, ce qui semble établir une parenté entre ces deux affections.

*Interprétation des faits.*

Jusqu'à quel point ces perturbations interviennent-elles dans le mécanisme de la production de la pelade ?

La relation de cause à effet nous paraît devoir s'appuyer sur les constatations suivantes :

a) Absence de tout autre phénomène morbide.

b) Parallélisme des modifications de l'alopecie avec l'amélioration ou l'aggravation des phénomènes sympathiques.

c) Epreuve du traitement.

En résumé, la conception de la pelade, syndrome d'irritation vago-sympathique, nous paraît devoir se baser sur les arguments cliniques et physiologiques suivants :

1° Apparition après des lésions traumatiques du sympathique.

2° Coïncidence fréquente avec des affections dans lesquelles l'atteinte du sympathique n'est plus discutée.

3° Existence fréquente d'un déséquilibre vago-sympathique.

Nous avons vu qu'il existe deux types cliniques de pelade : l'une d'origine endocrinienne, l'autre d'origine sympathique.

Mais, en vérité, il ne semble pas qu'il soit possible de dissocier le système endocrinien du système sympathique dans la pathogénie de la pelade. Le plus souvent, ces deux systèmes se sont unis pour déterminer et localiser le trouble trophique cutané. On se trouve le plus souvent en présence d'actions combinées et additionnées. Enfin, il est superflu de rappeler les connexions étroites qui existent entre ces deux systèmes. Elles sont certaines, mais si complexes, qu'il est souvent impossible de dire si le dysfonctionnement glandulaire est responsable des troubles sympathiques ou si, au contraire, ces dernières retentissent sur les sécrétions internes.

En outre, il n'est pas facile de savoir quelle est la

glande qui préside au dysfonctionnement de tout le système, puisque par suite de leur solidarité, l'atteinte de l'une d'elles s'accompagne toujours de modifications fonctionnelles des autres.

Quant au mécanisme interne de cette action du système endocrino-sympathique, nos connaissances sont beaucoup moins précises. Faut-il invoquer l'influence trophique du S. N. transmise aux divers éléments de la peau par les nerfs sensitivo-sympathiques ? Comment agissent les diverses glandes endocrines ? Quelle est la part exacte des perturbations de l'appareil circulatoire qui paraissent intervenir dans la production des troubles trophiques ? Autant de questions sans réponses.

Quoiqu'il en soit de ces mécanismes physio-pathologiques, le rôle neuro-trophique du système endocrino-sympathique est certain. Et nous pourrions dire avec M. Sezary :

« L'épiderme nous apparaît ainsi, de par ses modifications pigmentaires (et autres), comme un miroir où se reflètent les troubles fonctionnels des diverses glandes endocrines. »

---

## CAUSE DES PERTURBATIONS ENDOCRINO-SYMPATHIQUES

---

Le déséquilibre endocrino-sympathique est un des éléments du terrain dermopathique, mais ce déséquilibre n'est qu'un intermédiaire entre la cause X et le déclenchement de la réaction cutanée. Passons en revue quelques-unes de ces causes.

### PELADE ET SYPHILIS

Souvent le tréponème atteint les glandes endocrines. Le plus fréquemment, il détermine une vulnérabilité aux infections et intoxications en créant un terrain dystrophique sur lequel évoluent de nombreuses affections récidivantes ou à tendances chroniques. Cette action perturbatrice, méiopragique est révélée par la connaissance suivie de certaines familles. Chez de tels malades, le traitement agit en produisant un mordantage utile à l'efficacité des traitements symptomatiques, car il augmente les facultés de défense de l'organisme.

La syphilis atteint aussi le grand sympathique et

produit par son intermédiaire, plusieurs affections de la peau.

Au point de vue étiologique dans la pelade, le rôle de la syphilis a été mis en lumière par Sabouraud. Il a noté surtout l'importance de la syphilis héréditaire.

*1° Pelade chez les anciens syphilitiques.*

Sur 100 peladiques dont le début s'est fait après 40 ans, on trouve 7 à 8 anciens syphilitiques dont la syphilis est mal éteinte et s'accuse encore au moins par une demi-positivité.

*2° Pelade et syphilis congénitale.*

Bien plus nombreuses sont les observations dans lesquelles la syphilis des parents peut être invoquée comme cause étiologique de la pelade chez leurs enfants. On rencontre plusieurs éventualités.

*a) Syphilis reconnue des parents :*

Les parents reconnaissent avoir eu la syphilis.

*b) Syphilis inconnue des parents :*

Mais séro-réaction positive.

*c) Stigmates de syphilis congénitales :*

Fréquence des malformations dentaires.

D'une telle confrontation on devra conclure que l'hérédo-syphilis se rencontre environ 7 fois sur 10 chez les enfants atteints de pelade. Mais il ne semble pas que la proportion de l'hérédo-syphilis reste la même chez les sujets devenus peladiques à un âge plus avancé.

d) Résultats du traitement anti-syphilitique chez les peladiques jeunes.

Mais un grand nombre ne sont pas améliorés par le traitement. Ici, nous sommes forcés d'admettre ou que la syphilis a causé une lésion irrémédiable ou qu'elle n'a joué dans l'apparition de la pelade que le rôle d'une cause prédisposante ou déterminante.

D'autres auteurs ont aussi observé le rôle que la syphilis joue dans la production de la pelade.

Levy-Franckel et Juster sur 80 peladiques ont trouvé 9 BW positifs et 4 douteux.

Sezary, Horowitz et A. Levy ont examiné 136 sujets peladiques âgés de 6 à 62 ans. Ils ont trouvé 8 réactions positives dont 3 appartenaient à des syphilitiques avérés. Mais l'examen clinique faisait supposer l'hérédosyphilis chez 12 autres sujets.

Touraine a rapporté aussi l'observation de 86 malades où la syphilis ne joue pas un grand rôle comme l'admet Sabouraud. BW 3 fois positif fortement, 3 fois faiblement positif. Cliniquement ils ont trouvé 5 syphilis acquises et 16 hérédosyphilis.

Millian affirme que la syphilis est en jeu dans un tiers des cas.

Mobl ne voit aucun rapport entre ces deux affections.

Genner, sur 265 cas, note seulement 8 syphilitiques.

On peut dire que la syphilis agit sur le système endocrino-sympathique. Les lésions guérissent en laissant des méiopragies endocriniennes. Celles-ci se manifestent sous forme de pelade à la première cause

occasionnelle d'un déséquilibre endocrino-sympathique.

#### PELADE ET TUBERCULOSE

La tuberculose n'est pas une cause directe de pelade, mais on la rencontre parfois au milieu de complexe où elle prend une part certaine. Ce serait une cause lointaine et en certains cas prédisposante, mais non pas une cause efficiante et immédiate.

#### PELADE ET GRANDES INFECTIONS

C'est généralement 3 mois après l'infection que la pelade commence, comme une plaque ophiasique. Sa marche est implacable, puis les cils et sourcils se prennent.

*Obs. I* (Sabouraud) :

Malade peladique depuis 10 ans ; maigre et très peu velu. A 30 ans, il commence à prendre l'aspect d'un petit vieux. Il était tout autre il y a 10 ans, mais alors est survenue une rougeole qui a mis ses jours en danger, et c'est pendant sa convalescence que son physique a changé et sa pelade est apparue.

Quoique les testicules paraissent normaux, la voix est d'un castrat et il en a beaucoup l'apparence, bien qu'il soit marié et qu'il dise avoir des appétits génésiques. Son mariage est resté stérile.

Nous savons que les grandes infections touchent les

glandes endocrines et comme les altérations de celles-ci jouent un rôle primordial dans l'apparition de la peladie, il est naturel qu'elles soient parfois suivies de pelade. L'observation précédente est intéressante en ce qu'elle met en relief l'atteinte de l'appareil génital par la rougeole accompagnée de pelade.

### PELADE ET HÉRÉDITÉ

Il résulte d'une enquête que Sabouraud a faite que :

1° Dans 22 % des cas de pelades, cette affection existe dans la même famille, soit en ligne ascendante directe ou indirecte, soit en ligne descendante.

2° Dans 11 % des cas, la pelade est héréditaire directe. Elle paraît plus souvent provenir de la souche paternelle.

3° Egalement dans 11 % des cas on rencontre cette affection chez deux collatéraux sans que l'origine de ces deux cas puisse être retrouvée chez les ascendants.

4° Il est plus rare de trouver un cas de pelade chez un collatéral à une génération antérieure.

5° On peut observer des cas où toute la famille est entachée de pelade dont on retrouve des exemples sur trois générations.

6° La fréquence des morts par convulsions et méningite chez les collatéraux semble accuser l'importance étiologique de la tuberculose et de la syphilis. Plusieurs observations affirment la syphilis paternelle, d'autres la rendent probable.

Quelle part relative donner à ces divers facteurs étiologiques dans la transmission de la pelade d'une génération à l'autre ?

Il est certain que ces facteurs agissent en lésant le système endocrino-sympathique. Dans les cas où aucun facteur étiologique ne peut être mis en cause, un fonctionnement endocrinien défectueux peut être invoqué. Cette perturbation pouvant être l'apanage constitutionnel de certains sujets et on comprend que cette prédisposition (à devenir peladique) puisse être héréditaire.

Les expériences de Sainton et ses élèves expliquent clairement ces phénomènes. Ayant donné des extraits thyroïdes à haute dose à des gallinacées, il obtint le blanchiment des plumes et ce caractère était héréditaire.

#### PELADE ET ÉMOTION

Les cas de pelade survenant après une secousse émotive peuvent être mis en parallèle avec les cas bien connus de blanchissements des cheveux à la suite d'une émotion violente.

La plus grave des émotions capable de provoquer un choc est l'angoisse ou la terreur, renforcée souvent par un état névropathique antécédent et agissant comme facteur de déclenchement. D'autres émotions, de caractère moins aigu, mais plus prolongé, jouent incontestablement un rôle dans la production de la pelade.

Le choc émotif agit, comme les traumatismes, en provoquant des désordres fonctionnels du système nerveux et ces anomalies doivent être recherchées dans le système endocrino-sympathique.

On sait l'influence que les chocs émotionnels exercent sur le développement du Basedow et leur retentissement sur l'équilibre neuro-végétatif.

MM. Widal et Abrami ont depuis longtemps insisté sur les rapports de la diathèse hémoclasique avec le fonctionnement défectueux des glandes endocrines.

Joltrain a signalé en 1917 qu'on pouvait observer, à la suite de chocs émotionnels, des modifications brutales de la pression sanguine, du nombre des leucocytes et de la coagulabilité qui permettaient de penser que le choc émotionnel était capable de déterminer une véritable crise hémoclasique, à la faveur d'un déséquilibre humoral et en survenant sur un terrain préparé.

Toute émotion porte en elle-même certaines modifications végétatives, altérations somatiques qui se superposent à l'acte psychique et consistent en : tremblement, palpitation, oppression précordiale, chair de poule, et rappelant beaucoup les symptômes cliniques existant dans le Basedow, et ceci a fait dire que la thyroïde intervient de façon notable dans les états émotionnels à tel point qu'elle a été surnommée la glande de l'émotion. C'est un fait clinique que beaucoup de gens deviennent Basedowiens après une émotion ou bien leur état s'aggrave quand ils l'étaient.

Mais l'influence de la sécrétion thyroïdienne ne suf-

fit pas pour expliquer tous les phénomènes qui accompagnent l'émotion qui sont essentiellement la conséquence d'une excitation brusque des terminaisons sympathiques. Pour cette raison, Maranon a fait rentrer en jeu un nouveau facteur humoral, excitant typique des terminaisons sympathiques (l'adrénaline) et lui a fait jouer un rôle important. L'émotion exerce une hypersécrétion de l'adrénaline qui empoisonne le système neuro-végétatif et lèse le système endocrinien de façon à créer un bouleversement humoral. Ainsi formé, le terrain émotif engendre une sensibilisation de l'organisme

#### PELADE ET TRAUMATISME

(Voir le chapitre précédent)

Ainsi on peut considérer les facteurs étiologiques comme agissant sur les systèmes endocrinien et sympathique par l'affaiblissement ou l'accroissement de leurs fonctions, pour créer la pelade.

---

## EPREUVE DU TRAITEMENT

---

Une preuve à l'appui de l'origine endocrino-sympathique de la pelade, c'est la guérison de celle-ci par le traitement des perturbations de ces deux systèmes.

### *Opothérapie.*

Par suite de l'intervention de plusieurs glandes dans le mécanisme de la pelade, l'emploi des extraits glandulaires doit être manié de façon à correspondre aux troubles que présente le malade. On arrive par l'examen clinique des malades et par l'emploi des tests pharmaco-dynamiques (M.M. interférométrie) à connaître ces troubles.

Plusieurs résultats favorables ont été obtenus par divers auteurs.

Sabouraud a calmé les peladiques anxieux par l'emploi de l'hémato-éthyoïdine.

Spillman a traité 7 peladiques par l'extrait thymique. Il obtint deux guérisons complètes, une hypothyrie diminuée avec hyperthyroïdie complètement corrigée, deux autres guéris par l'association extrait thymique + Jaborandi.

(L'insuffisance thymique avait été prouvée par l'interférométrie).

Levy-Franckel et Juster traitèrent des peladiques par des extraits ovariens et thyroïdiens et obtinrent bon nombre de guérisons.

Gougerot préconise le traitement opothérapique quand les troubles glandulaires sont en jeu chez les peladiques.

#### TRAITEMENT ÉLECTRIQUE

Levy-Franckel et Juster ont appliqué la radiothérapie et la galvanothérapie chez des peladiques qui avaient cessé tout traitement local.

Les malades se divisent en deux groupes :

1° Les uns hyperthyroïdiens auxquels on applique la radiothérapie pour modérer l'activité de la thyroïde.

2° Les autres dysthyroïdiens chez lesquels on a cherché à exciter les fonctions du corps thyroïde par le courant continu.

Après le traitement de la radiothérapie, le début de la repousse est variable ; elle apparaît en moyenne 20 à 30 jours après la première application. Tantôt une seule séance suffit, tantôt 5 à 6 séances sont nécessaires.

Deux points leur paraissent être mis en lumière :

a) L'apparition de poils dans une région où le malade n'en avait jamais eu.

b) L'amélioration de l'état général et des signes d'hyperthyroïdie qui précède et accompagne la guérison de la pelade.

Sur 8 malades traités, la radio a donné 4 succès, ce qui paraît démontrer qu'il n'est pas indifférent d'appliquer la radio ou la galvanothérapie, car là où la galvanothérapie s'est montrée impuissante, la radiothérapie a agi et réciproquement.

7 malades ont été traités par le courant galvanique dont 3 résultats intéressants où la repousse a été d'abord unilatérale.

#### TRAITEMENT LOCAL

Cherche à lutter contre les troubles vaso-moteurs locaux.

##### 1° *Photothérapie.*

Jausion, Pasteur et Aran ont traité des peladiques par photothérapie après photosensibilisation à la gonacrine. L'amélioration a coïncidé avec l'apparition de l'activité et des phénomènes vaso-moteurs concomittants. L'expérience leur a appris que la repousse était d'autant plus belle que l'érythème ou la vasodilatation étaient plus nets. Ces faits montrent le rôle des phénomènes vaso-moteurs dans la symptomatologie et la thérapeutique de la pelade.

Ces auteurs ont même obtenu la repousse des cheveux dans des zones où ils n'existaient pas auparavant :

Rapprochement des sourcils.

Union des sourcils avec la région temporale.

## **2° Endoprotéinothérapie.**

L'injection intradermique de protéine dans la plaque peladique a, en plus de son effet local, une action générale sur le système neuro-végétatif. C'est ce qu'a montré Maruri.

Ces injections peuvent avoir comme effet, indifféremment, une augmentation ou un abaissement du M. B., survenant 15 minutes après l'injection. L'endoprotéinothérapie locale, faite en série dans la pelade, modifie toujours le M. B.

Dans les cas où le traitement est suivi d'amélioration, une tendance à l'augmentation du M. B. est la règle. Les échecs ou les aggravations coïncident avec un abaissement du M. B.

---

## CONCLUSIONS

---

Dans ce travail, nous avons exposé les arguments cliniques et physiologiques, qui nous font considérer la pelade comme un symptôme de perturbation endocrino-sympathique.

Dans l'historique nous avons rappelé les différentes théories de la pelade : pelade maladie ; pelade parasitaire ; pelade trophonévrose ; pelade syndrome endocrino-sympathique.

Cette conception de la pelade, perturbation du système endocrino-sympathique, étudiée en 1922 par Lévy-Franckel et Juster, s'appuie sur des preuves cliniques : pelade des hyperthyroïdiens, des ovariectomisées, des syndromes pluri-glandulaires de Claude et Gougerot ; sur les examens de laboratoire (M. B. notamment) et sur les expériences faites par Sainton sur l'hyperthyroïdie provoquée chez les animaux.

Avec Lévy-Franckel et Juster nous pouvons distinguer une pelade endocrinienne, avec des lésions évidentes des glandes endocrines, et une pelade vasculo-sympathique avec prédominance des troubles nerveux locaux (pelades consécutives à des traumatismes, pelade dentaire).

En pratique, il est souvent difficile de séparer les lésions des deux systèmes et la pelade apparaît comme un symptôme clinique résultant d'une perturbation du système endocrino-sympathique.

---

Vu : *Le Doyen*  
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*  
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
S. CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

---

BUSHKE et PEISER. — Etiologie de la pelade (*Derm. Woch.*, 14 et 21 février 1925).

FABRE. — Réaction du syst. sympathique dans les dermatoses (*Thèse de Montpellier*, 1925).

GENNER. — Pelade (Le françois, édit., 1929).

GOLAY. — Sur le rôle du système sympathique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses (*Annales de Derm.*, août et nov. 1922).

GRIMBERG. — Pelade, syndrome endocrino-sympathique et trait. (*Thèse de Paris*, 1931).

GOUGEROT. — La dermatologie en clientèle (Maloine, Editeur).

HUDELO et RABUT. — Enquête sur l'étiologie Z de la pelade (*Ann. des Mal. Vén.*, 1923).

JUSTER. — Traitement des affections neuro-cutanées (Masson, édit., 1929).

JANSION, PASTEUR et ARAN. — Guérison rapide d'une pelade décalvante par photothérapie après photosensibilisation (*Bull. de Der. et Syph.*, 1926).

- JANSION et A. PECHER. — Pelade et trait. photodynamique (*Bull. Méd.*, 25 juillet 1931).
- LOUSTE, LEVY-FRANCKEL et JUSTER. — Pelade et hypertrichose (*Bull. de la Soc. de Der. et Syph.*, 1928).
- L.-F., JUSTER et VAN BOGAERT. — Etude du M. B. chez les peladiques (*Bull. Méd.*, 1923).
- L.-F., A. C. GUILLAUME et JUSTER. — Pelade avec spasme artériolique et polyurie consécutifs à un traumatisme (*Bull. de la Soc. Derm. et Syph.*, 1925).
- Examen de la circulation cutanée dans la pelade et le vitiligo (*Bull. Soc. Derm. et Syph.*, 1925).
- LOUSTE et JUSTER. — Action trichogène des rayons U-V (*Bull. Soc. Derm. et Syph.*, 1930).
- LEVY-FRANCKEL et JUSTER. — Pelade syndrome d'irritation vago-sympathique (*Bull. Soc. Derm. et Syph.*, mars 1922).
- Rôle des perturbations du S. N. sympathique et des glandes ondoc. dans la pathogénie des aff. cutanées (*Revue de Derm. et Vén.*, 1926; *Pr. Méd.*, 28 juillet 1923).
- Recherches sur le mécanisme physio-pathologique de la pelade (*Ann. de Derm.*, 1928).
- Le syndrome endocrino-sympathique de la pelade (*Pr. Méd.*, 4 octobre 1922).
- Résultats obtenus dans les pelades rebelles par la radio et galvano-thérapie de la région thyroïdienne (*Bull. Soc. Derm. et Syph.*, 1922).

- Syphilis du grand sympathique (*Ann. des Mal. Vén.*, janv. 1923).
- Opothérapie dans les affections cutanées (*Journ. de Méd. de Paris*, 26 juillet 1924).
- MIDANA. — Altération du L. C. R. dans la pelade (*Gior. Ital.*, 5 août 1934).
- MARURI. — Etude du mécanisme de l'action de l'intra-dermo protéinothérapie dans la pelade (*Ann. de Derm.*, février 1935).
- MAAR. — Pelade et vitiligo (*Thèse de Paris*, 1924).
- RAYMOND, LACROIX et HADIDA. — Glycémie et dermatoses (*Revue de Derm. et Vén.*, 1926).
- SICCOLI. — Analogies dans les modifications sanguines entre le psoriasis et la pelade en dehors de la syphilis (*Ann. de Derm.*, 1924).
- SACTON, PEYNET et LISFONEL. — Dystrophies et dyschromies du syst. pileux dans le goître exophtalmique et hyperthyroïdisme expérimental (*Ann. de Derm.*, 1930).
- SEZARY, HOROWITZ et G. LEVY. — Séro-réactions et M. B. dans la pelade (*Bull. Soc. Derm. et Syph.*, février 1935).
- SEZARY. — Syndromes endocriniens communs. (*Pr. Méd.*, 1922, p. 1075).
- SABOURAUD. — Entretiens dermatologiques, 1924.
- Traitement de la pelade. (*Prat. Méd. Fr.*, mai 1934).

- Pelades et alopecies en aires (Masson, éd., 1929).
- Pelade et hyperthyroïdisme. (*La Médecine*, nov. 1927).
- SPILLMANN. — Alopecis en aires et gl. endo. (*Bull. Soc. Der.*, 1935).
- Dysfonctionnement thyroïdien et équilibre accido-basique. (*Archives de St-Louis*).
- SPEDEK et FOURNIER. — Sur trois cas de pelade. (*Maroc Méd.*, 15 avr. 1930).
- SAINZ et AJA. — Faits positifs de relations entre les affections cutanées et les troubles des gl. endo. (*II<sup>e</sup> Congrès esp. de Méd.* Séville, 15-20 oct. 1924).
- WINSTEL. — Glandes endocrines et dermatoses. (*Thèse de Nancy*, 1926).
-

---

Imp. spéciale de la Librairie L. RODSTEIN. — Paris

---





